N° 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

Évaluation de la qualité de la mesure des mauvais traitements physiques durant l'enfance dans l'Enquête nationale sur la santé de la population

par Margot Shields, Wendy Hovdestad et Lil Tonmyr

Date de diffusion : le 20 mai 2015

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens »

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p<0,05$)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2015

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Évaluation de la qualité de la mesure des mauvais traitements physiques durant l'enfance dans l'Enquête nationale sur la santé de la population

par Margot Shields, Wendy Hovdestad et Lil Tonmyr

Résumé

Contexte : Les conséquences à long terme sur la santé des mauvais traitements physiques durant l'enfance sont souvent étudiées au moyen de données rétrospectives autodéclarées par les adultes. La présente étude évalue la qualité d'une question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance posée dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP).

Données et méthodes : Tous les participants à l'ENSP âgés de 18 ans et plus (n = 15 027) ont été appelés à répondre à une question concernant les mauvais traitements physiques durant l'enfance aux cycles 1 (1994-1995), 7 (2006-2007) et 8 (2008-2009). On a évalué la fiabilité de cette question sur ces périodes. On a examiné les associations entre les modèles de réponse à la question sur les mauvais traitements et les problèmes de santé liés aux mauvais traitements physiques durant l'enfance.

Résultats : Dans tous les cycles de l'ENSP, très peu de participants à l'enquête ont refusé de répondre à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance ou ont répondu « Ne sais pas ». La fiabilité, mesurée au moyen du test de concordance kappa de Cohen, était « forte » pour l'intervalle de deux ans entre les cycles 7 et 8, et « modérée » pour les intervalles de 12 et 14 ans par rapport au cycle 1. Les estimations kappa étaient similaires lorsqu'elles étaient examinées selon divers facteurs démographiques. Comparativement à ceux niant uniformément avoir subi des mauvais traitements physiques durant l'enfance, les participants à l'enquête qui ont uniformément affirmé avoir subi des mauvais traitements physiques durant l'enfance et ceux qui ont fourni des réponses non uniformes affichaient des cotes plus élevées exprimant le risque de dépression, d'état de santé autoévalué passable ou mauvais, d'incapacité, de migraine et de maladie cardiaque.

Interprétation : Même si elle comporte certaines limites, la question de l'ENSP sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance permet aux chercheurs d'examiner les conséquences à long terme des mauvais traitements sur la santé

Mots-clés : Mauvais traitements à l'égard des enfants, maltraitance des enfants, fiabilité, remémoration rétrospective, validité.

Bon nombre d'études ont documenté les associations entre les mauvais traitements physiques durant l'enfance et les troubles mentaux et physiques subséquents[1-3]. La mesure des mauvais traitements dans ces analyses est habituellement fondée sur des déclarations rétrospectives d'adultes. Afin de mieux interpréter les études qui relient les mauvais traitements physiques durant l'enfance aux problèmes de santé plus tard dans la vie, il est important de comprendre la validité et la fiabilité de ces mesures.

La *validité* — c'est-à-dire la mesure dans laquelle les réponses rétrospectives rendent compte d'événements qui respectent les critères objectifs s'appliquant aux mauvais traitements physiques — est particulièrement difficile à évaluer. On a documenté des lacunes dans les souvenirs concernant les mauvais traitements durant l'enfance[4,5], ce qui peut donner lieu à des déclarations inexactes. En raison de la nature délicate de cette question, il se peut que les participants à l'enquête ne déclarent pas avoir subi de mauvais traitements. Par ailleurs, les questions qui sont définies au niveau comportemental ont une plus grande validité que celles qui sont autodéfinies ou interprétatives[6-9]. Un examen des ouvrages publiés sur la validité de la déclaration rétrospective de mauvaises expériences durant l'enfance indique que le taux de faux négatifs est substantiel, et que les faux positifs sont rares[7]. Des recherches sont nécessaires pour comprendre les biais dans les données déclarées.

La *fiabilité* (ou consensus) des déclarations de mauvais traitements au fil du temps est plus facile à évaluer. Comme il fallait s'y attendre, les études qui font appel à une remémoration à plus court terme comportent une plus grande fiabilité que celles qui ont une période de suivi plus longue[10-15]. De même, comme pour la validité, les questions qui sont définies au niveau comportemental comportent un plus haut niveau de fiabilité[7].

Le malaise que peut entraîner une question chez un sujet ainsi que la non-réponse qui en résulte est un sujet fort préoccupant chez certains[16]. Si la non-réponse est un problème réel, et si les non-participants et les participants diffèrent dans leurs expériences des mauvais traitements, les résultats d'enquêtes pourraient être biaisés.

Une question rétrospective concernant les mauvais traitements physiques durant l'enfance a été incluse dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et a été posée aux cycles 1 (1994-1995), 7 (2006-2007) et 8 (2008-2009). Les objectifs de la présente étude sont les suivants :

1. rendre compte de la non-réponse à la question de l'ENSP concernant les mauvais traitements physiques durant l'enfance;
2. évaluer la fiabilité de la question sur les mauvais traitements sur trois périodes : 1994-1995 à 2006-2007, 1994-1995 à 2008-2009 et 2006-2007 à 2008-2009;

Auteurs : Margot Shields, Wendy Hovdestad (wendy.hovdestad@phac-aspc.gc.ca) et Lil Tonmyr (lil.tonmyr@phac-aspc.gc.ca) travaillent à l'Agence de la santé publique du Canada.

3. déterminer dans quelle mesure les facteurs démographiques sont liés à la fiabilité des déclarations de mauvais traitements physiques durant l'enfance;
4. comparer la fiabilité de la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance avec celle d'autres questions sur les facteurs de stress durant l'enfance dans l'ENSP; et
5. examiner les associations entre les modèles de réponse à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance et la dépression, un état de santé autoévalué passable ou mauvais, l'incapacité, la migraine et la maladie cardiaque, c'est-à-dire répondre à la question suivante : « Les personnes ayant uniformément répondu par l'affirmative et celles ayant fourni des réponses non uniformes à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance sont-elles plus susceptibles que les personnes niant uniformément avoir subi de mauvais traitements de déclarer de tels problèmes? »

Méthodes

Source des données

L'analyse est fondée sur des données longitudinales provenant de neuf cycles (1994-1995 jusqu'à la fin de 2010-2011) de l'ENSP. La population cible de l'ENSP était la population à domicile des 10 provinces en 1994-1995, sauf les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées, ainsi que les personnes vivant en établissement.

En 1994-1995, 20 095 ménages ont été sélectionnés pour faire partie du panel longitudinal. Une personne a été sélectionnée dans chaque ménage de façon aléatoire; parmi ces personnes, 86 % (17 276) ont répondu à la composante générale du questionnaire en 1994-1995. Tous les deux ans depuis, des tentatives sont faites pour interviewer à nouveau ces personnes. La collecte des données a pris fin en 2010-2011, ce qui représente 16 années de suivi. Le fichier « carré » de l'ENSP comprend un enregistrement pour chacun des 17 276 participants à l'enquête, avec des données sur un ensemble exhaustif de questions relatives à la santé posées à chaque cycle. Au cycle 1, 75 % des interviews ont été menés sur place. Au cours des cycles subséquents, presque toutes les interviews ont été menées par téléphone (plus de 99 % dans les cycles 7 et 8). Des descriptions détaillées du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'interview de l'ENSP sont disponibles dans des documents publiés[17-19].

On a demandé l'autorisation des participants à l'ENSP de partager l'information qu'ils avaient fournie avec les ministères provinciaux de la Santé, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. La plupart des participants à l'enquête (15 631; 90 %) ont donné leur accord pour le partage. Le présent article est fondé sur les données du fichier « carré de partage ».

Les questions sur les facteurs de stress chez les enfants (y compris les mauvais traitements physiques) ont été posées aux cycles 1 (1994-1995), 7 (2006-2007) et 8 (2008-2009) à tous les participants à l'enquête âgés de 18 ans et plus. Les questions ont aussi été posées aux participants qui avaient moins de 18 ans au cycle 1, mais qui avaient atteint l'âge de 18 ans au cycle 4 (1 034). Pour les présentes analyses, les réponses du cycle 1 ont été mises à jour pour refléter les réponses du cycle 4 dans ces cas. Le présent article est fondé sur 15 027 enregistrements pour lesquels des questions sur les facteurs de stress chez les enfants s'appliquaient à au moins un des cycles. Étant donné qu'il n'y avait pas de restriction d'âge lorsque l'échantillon original a été sélectionné en 1994-1995, il a été possible de rafraîchir l'échantillon de l'étude pour les cycles 7 et 8, afin d'inclure les participants à l'enquête qui avaient atteint l'âge de 18 ans à ce moment-là. Toutefois, les personnes qui ont immigré au Canada après 1994-1995 ont été exclues de l'étude.

Pour une bonne partie des questions de l'ENSP, les réponses par personne interposée (habituellement un membre de la famille) ont été autorisées si le participant à l'enquête sélectionné était indisposé par un problème de santé. Cela ne s'appliquait pas aux questions sur les facteurs de stress chez les enfants en raison de leur nature personnelle. On a réglé à « non déclaré » les réponses fournies par une personne interposée dans ces cas.

Mesures

Facteurs de stress chez l'enfant

La question sur les *mauvais traitements physiques durant l'enfance* était l'une des sept questions du module sur les facteurs de stress chez les enfants. « Je vais maintenant vous décrire des événements qui ont pu se produire lorsque vous étiez un(e) enfant, un(e) adolescent(e), soit avant que vous ne quittiez la maison. Avez-vous jamais été maltraité(e) physiquement par un proche? » Le tableau 4 comprend le libellé des six autres questions.

Problèmes de santé

Les réponses à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance ont été examinées en rapport avec cinq problèmes de santé décrits dans les ouvrages publiés comme ayant un lien avec ces mauvais traitements[1-3]. Les questions concernant ces cinq problèmes de santé ont été posées dans les neuf cycles de l'ENSP; les participants à l'enquête ont été classés comme ayant le problème s'ils l'avaient déclaré dans au moins un cycle.

La *dépression* a été mesurée au moyen d'un sous-ensemble de questions de la Composite International Diagnostic Interview, selon la méthode de Kessler et coll.[20].

L'*état de santé autoévalué* a été déterminé au moyen de la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé est : Excellente? Très bonne? Bonne? Passable? Mauvaise? »

L'*incapacité* a été définie sur la base d'une réponse affirmative à l'une ou l'autre des questions suivantes : « À cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique, êtes-vous limité d'une façon quelconque dans le genre ou dans le nombre des activités

que vous exercez : à la maison? à l'école? au travail? dans d'autres activités? » « Avez-vous une incapacité ou un handicap quelconque de longue durée? »

La présence de *problèmes de santé chroniques* a été établie en demandant aux participants à l'enquête si un spécialiste de la santé avait diagnostiqué chez eux un ou des états qui persistaient ou devaient vraisemblablement persister six mois ou plus. Deux problèmes de santé chroniques ont été pris en compte dans la présente étude : la *migraine* et la *maladie cardiaque*.

Analyse

Afin d'examiner la fiabilité des questions sur les facteurs de stress chez l'enfant d'un cycle à l'autre de l'ENSP, deux mesures du degré d'accord ont été calculées, à savoir le taux de concordance (pourcentage de correspondance) et la statistique kappa de Cohen. Les taux de concordance sont faciles à interpréter, mais ils ont comme inconvénient qu'ils peuvent faire gonfler artificiellement les taux de correspondance pour des variables comportant une faible prévalence, parce que la plupart des valeurs se retrouvent dans une catégorie[21].

La statistique kappa de Cohen tient compte d'une correction du pourcentage de correspondance dont on pourrait s'attendre qu'il ait lieu par hasard et est utile lorsque les taux de concordance sont peut-être artificiellement élevés en raison d'une faible prévalence[21]. Le principal inconvénient de la statistique kappa est qu'elle est difficile à interpréter. Landis et Koch[22] ont proposé l'interprétation suivante, qui est couramment utilisée dans les études de fiabilité : 0,01-0,20 *correspondance très faible*; 0,21-0,40 *correspondance faible*; 0,41-0,60 *correspondance modérée*; 0,61-0,80 *correspondance forte*; et 0,81-0,99 *correspondance presque parfaite*.

Afin de déterminer dans quelle mesure les facteurs démographiques sont liés à la fiabilité des déclarations rétrospectives concernant les mauvais traitements physiques durant l'enfance, des estimations de kappa ont été comparées selon le sexe, le groupe d'âge (moins de 25 ans, 25 à 39 ans, 40 à 64 ans, 65 ans et plus), l'état matrimonial (marié(e) / vivant en union libre; oui/non), le revenu du ménage (quintile de revenu du ménage le plus faible; oui/non) et la race (blanche / non blanche). Par ailleurs, ces facteurs ont été examinés dans un modèle de régression logistique dans lequel la concordance représentait la variable dépendante. Cette approche comporte une limite, à savoir que si la prévalence est faible dans un groupe démographique (par exemple, celui des personnes mariées), la concordance peut être artificiellement élevée et, par conséquent, les associations avec la concordance peuvent être dues à une faible prévalence plutôt qu'à des réponses uniformes. Par conséquent, on a utilisé une approche recommandée par McKinney[23], dans laquelle des comparaisons démographiques ont été faites uniquement pour les participants à l'enquête déclarant au moins un cas de mauvais traitement (c'est-à-dire que

Tableau 1
État de la réponse et pourcentages pondérés pour la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance de l'Enquête nationale sur la santé de la population, selon le cycle de l'enquête

	Cycle 1[†]				Cycle 7				Cycle 8			
	1994-1995 ou 2000-2001				2006-2007				2008-2009			
	n	%	%[‡]	%[§]	n	%	%[‡]	%[§]	n	%	%[‡]	%[§]
Total	15 027				15 027				15 027			
Total de la réponse à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance	12 786	79,8	90,3	100,0	8 752	57,0	65,5	100,0	8 165	53,5	60,5	100,0
Oui	1 056	6,2	7,0	7,8	771	4,8	5,5	8,4	704	4,3	4,9	8,1
Non	11 730	73,6	83,3	92,2	7 981	52,2	60,0	91,6	7 461	49,2	55,6	91,9
Non-réponse												
Total	1 038	8,6	9,7	...	3 993	30,0	34,5	...	4 5[illegible]	34,9	39,5	...
Non-réponse complète au cycle	158	1,6	1,8	...	3 109	24,5	26,1	...	4 062	31,7	35,8	...
Non-réponse partielle au cycle	359	2,9	3,2	...	307	1,9	2,1	...	97	0,6	0,7	...
Non-réponse due à la déclaration par personne interposée	490	3,9	4,4	...	349	2,4	2,8	...	298	2,0	2,3	...
Non-réponse à une question – ne sais pas	F	F	F	...	213	1,2	1,3	...	F	F	F	...
Non-réponse à une question – refus[††]	21	0,2[E]	0,2[E]	...	F	F	F	...	89	0,5	0,6	...
N'ayant pas lieu de figurer												
Total	1 203	11,6	...	...	2 282	13,0	...	...	2 303	11,5	...	...
Moins de 18 ans	1 203	11,6	...	...	272	3,0	...	...	0	...	...	...
Établissement	0	...	...	...	119	0,5	...	...	106	0,5	...	...
Décédé	0	...	...	...	1 891	9,5	...	...	2 197	11,1	...	...

† les participants à l'enquête âgés de moins de 18 ans au cycle 1 qui avaient atteint l'âge de 18 ans au cycle 4 (n = 1 034) ont répondu à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance au cycle 4
‡ sauf « N'ayant pas lieu de figurer »
§ sauf « N'ayant pas lieu de figurer » et « Non-réponse »
†† les participants à l'enquête qui ont refusé de répondre à la première question du module sur les facteurs de stress chez les enfants ont sauté le module; les refus comprennent ces cas-ci ainsi que ceux des participants à l'enquête qui ont poursuivi l'enquête mais refusé de répondre à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance
... n'ayant pas lieu de figurer
E à utiliser avec prudence
F trop peu fiable pour être publié
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2010-2011 (fichier carré de partage).

Tableau 2
Modèles de réponse à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance entre les cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population

		Pourcentage pondéré		
			Intervalle de confiance à 95 %	
Cycles de l'enquête / Modèles de réponse	n	%	de	à
Cycle 1 - Cycle 7 (n = 7 616)				
Oui/Oui	396	5,0	4,2	5,8
Oui/Non	266	2,9	2,5	3,4
Non/Oui	294	3,6	3,1	4,1
Non/Non	6 660	88,4	87,4	89,4
Cycle 1 - Cycle 8 (n = 6 980)				
Oui/Oui	339	4,5	3,9	5,1
Oui/Non	246	2,9	2,5	3,4
Non/Oui	283	4,0	3,4	4,6
Non/Non	6 112	88,6	87,6	89,6
Cycle 7 - Cycle 8 (n = 7 385)				
Oui/Oui	446	5,7	5,1	6,4
Oui/Non	183	2,2	1,8	2,6
Non/Oui	196	2,5	2,0	2,9
Non/Non	6 560	89,6	88,7	90,5

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2010-2011 (fichier carré de partage).

Tableau 3
Concordance entre les cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population dans les réponses à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance

	Kappa			Concordance		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Cycles de l'enquête	K	de	à	Taux %	de	à
Cycle 1 - Cycle 7 (n = 7 616)	0,57	0,52	0,62	93,4	92,8	94,1
Cycle 1 - Cycle 8 (n = 6 980)	0,53	0,47	0,58	93,1	92,4	93,9
Cycle 7 - Cycle 8 (n = 7 385)	0,69	0,64	0,73	95,3	94,8	95,9
Cycle 1 - Cycle 7 - Cycle 8 (n = 6 501)	...	...	...	91,0	90,1	91,8

... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2010-2011 (fichier carré de partage).

les facteurs démographiques ont été examinés pour les personnes qui ont uniformément déclaré avoir subi des mauvais traitements par rapport à celles ayant fourni des réponses qui n'étaient pas uniformes).

On a aussi eu recours à la régression logistique pour examiner les associations entre les modèles de réponse à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance et les problèmes de santé.

Des analyses ont été effectuées au moyen de SAS Enterprise Guide 5.1. Toutes les estimations sont fondées sur des données pondérées — à partir de poids créés à Statistique Canada, afin que les données soient représentatives de la population canadienne des 10 provinces en 1994-1995, et qui ont été ajustés à la hausse pour compenser la non-réponse à l'ENSP en 1994-1995. Les estimations de la variance et les intervalles de confiance (IC) à 95 % ont été calculés par la méthode du *bootstrap* (avec les procédures « proc survey » dans SAS) pour tenir compte des effets du plan de sondage complexe[24]. Étant donné que SAS ne prévoit pas de procédure pour estimer la variance de la statistique kappa par la méthode du *bootstrap*, les IC pour kappa ont été estimés en utilisant un effet de plan de deux pour tenir compte du plan de sondage complexe de l'ENSP.

Résultats

Le tableau 1 montre les réponses à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance par cycle de l'ENSP. Les principales raisons de la non-réponse étaient la non-réponse totale au cycle, la déclaration par personne interposée et la non-réponse partielle au cycle (entrevue interrompue avant que ne soient posées les questions sur les facteurs de stress chez l'enfant). À chacun des cycles, très peu de participants ont refusé de répondre à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance ou ont répondu « ne sais pas ». Les pourcentages qui ont répondu « ne sais pas » aux cycles 1 et 8 et qui ont refusé de répondre au cycle 7 étaient trop faibles (moins de 20 cas) pour être déclarés, d'après les lignes directrices de l'ENSP relatives à la diffusion.

Environ 8 % des participants à l'enquête ont déclaré des mauvais traitements physiques durant l'enfance dans chaque cycle de l'ENSP. Calculée sur la base d'une déclaration de mauvais traitements dans un cycle quelconque de l'enquête, la prévalence est passée à 11 %. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer des mauvais traitements physiques et la probabilité de déclarer de tels traitements diminuait avec l'âge (tableau A en annexe).

La majorité des participants à l'enquête ont répondu à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance dans deux cycles ou plus : 40 % ont fourni une réponse dans trois cycles, 18 % dans deux cycles, 35 % dans un cycle, et 8 % n'ont pas répondu à la question (données non présentées). Dans les cas de réponses non uniformes, les transitions de « non » à « oui » étaient légèrement plus courantes que les transitions de « oui » à « non » (tableau 2), mais ce n'est qu'entre les cycles 1 et 8 que la différence entre ces deux transitions (4,0 % comparativement à 2,9 %) était statistiquement significative.

On a calculé des taux de concordance et des statistiques kappa pour les participants à l'enquête qui ont fourni deux réponses ou plus à la question sur les mauvais traitements physiques (tableau 3). Selon les lignes directrices de Landis et Koch[22], la statistique kappa indique un niveau « modéré » de correspondance entre les réponses des cycles 1 et 7 (intervalle de 12 ans) et entre celles des cycles 1 et 8 (intervalle de 14 ans).

Tableau 4
Correspondance entre les cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population dans les réponses aux questions sur les facteurs de stress chez les enfants

	Pourcentage de « oui »			Cycle 1 - Cycle 7 Kappa			Cycle 1 - Cycle 8 Kappa			Cycle 7 - Cycle 8 Kappa		
					Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Questions sur les facteurs de stress durant l'enfance	Cycle 1	Cycle 7	Cycle 8	K	de	à	K	de	à	K	de	à
Avez-vous déjà été maltraité(e) physiquement par un proche?	7,8	8,4	8,1	0,57	0,52	0,62	0,53	0,47	0,58	0,69	0,64	0,73
Avez-vous passé deux semaines ou plus à l'hôpital?	15,5	14,8	13,9	0,52	0,49	0,56	0,52	0,48	0,56	0,63	0,59	0,67
Est-ce que vos parents ont divorcé?	12,5	14,7	15,0	0,80	0,77	0,83	0,79	0,76	0,82	0,90	0,88	0,92
Est-ce que votre père ou votre mère n'a pas eu d'emploi pour une longue durée alors qu'il ou elle voulait travailler?	13,8	11,2	12,1	0,39	0,34	0,43	0,39	0,34	0,43	0,52	0,47	0,57
Vous est-il arrivé quelque chose qui vous a effrayé(e) à tel point que vous y avez pensé pendant des années?	21,8	19,5	19,6	0,39	0,35	0,43	0,38	0,34	0,42	0,55	0,51	0,58
Avez-vous dû quitter la maison parce que vous aviez fait quelque chose de mal?	2,6	2,0	2,1	0,41	0,30	0,52	0,44	0,33	0,55	0,54	0,43	0,64
Est-ce que votre père ou votre mère buvait ou consommait de la drogue si souvent que cela causait des problèmes à la famille?	14,4	14,1	14,6	0,66	0,63	0,70	0,63	0,60	0,67	0,77	0,74	0,80

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2010-2011 (fichier carré de partage).

Tableau 5
Rapports de cotes corrigés reliant les modèles de réponse à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance de l'Enquête nationale sur la santé de la population à certains problèmes de santé

Problème de santé / Modèles de réponse à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance entre les cycles de l'enquête	Rapport corrigé de cotes[1]	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à
Dépression			
Toutes des oui (trois oui, ou deux oui et une manquante)	4,4*	3,2	6,0
Deux oui et un non	5,0*	3,6	6,9
Deux non et un oui	3,2*	2,5	4,2
Un oui et un non (et une manquante)	2,2*	1,4	3,3
Toutes des non (trois non ou deux non et une manquante)[2]	1,0	...	...
État de santé autoévalué passable ou mauvais			
Toutes des oui (trois oui, ou deux oui et une manquante)	2,5*	1,8	3,4
Deux oui et un non	2,7*	2,0	3,8
Deux non et un oui	1,6*	1,2	2,2
Un oui et un non (et une manquante)	2,7*	1,7	4,1
Toutes des non (trois non ou deux non et une manquante)[2]	1,0	...	...
Incapacité			
Toutes des oui (trois oui, ou deux oui et une manquante)	3,6*	2,5	5,1
Deux oui et un non	2,5*	1,7	3,6
Deux non et un oui	1,8*	1,4	2,4
Un oui et un non (et une manquante)	2,8*	1,8	4,3
Toutes des non (trois non ou deux non et une manquante)[2]	1,0	...	...
Migraine			
Toutes des oui (trois oui, ou deux oui et une manquante)	2,9*	2,0	4,1
Deux oui et un non	2,1*	1,5	3,0
Deux non et un oui	1,8*	1,3	2,4
Un oui et un non (et une manquante)	1,8*	1,2	2,7
Toutes des non (trois non ou deux non et une manquante)[2]	1,0	...	...
Maladie cardiaque			
Toutes des oui (trois oui, ou deux oui et une manquante)	1,8*	1,2	2,6
Deux oui et un non	1,7*	1,1	2,7
Deux non et un oui	1,5*	1,0	2,4
Un oui et un non (et une manquante)[3]	1,8	1,0	3,4
Toutes des non (trois non ou deux non et une manquante)[2]	1,0	...	...

[1] corrigés du sexe, de l'âge, de l'état matrimonial, du revenu du ménage et de la race
[2] groupe de référence
[3] valeur p presque significative (p = 0,06)
* valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence (p < 0,05)
... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2010-2011 (fichier carré de partage).

Entre les cycles 7 et 8 (intervalle de 2 ans), la correspondance est « forte ». De même, le pourcentage de participants à l'enquête fournissant des réponses uniformes était légèrement plus élevé pour l'intervalle de 2 ans entre les cycles 7 et 8 que pour les périodes plus longues comportant des comparaisons avec le cycle 1. Parmi les participants à l'enquête qui ont fourni des réponses aux trois cycles, plus de 90 % ont fourni des réponses uniformes aux trois.

Les estimations de la fiabilité ont été comparées selon le sexe, le groupe d'âge, l'état matrimonial, le revenu du ménage et la race (données non présentées). D'après les statistiques kappa, les estimations de la fiabilité étaient similaires pour toutes les covariables. De même, parmi les participants à l'enquête déclarant au moins un mauvais traitement physique durant l'enfance, les résultats de la régression logistique ont indiqué que la probabilité d'affirmer uniformément avoir subi des mauvais traitements n'était pas liée aux facteurs démographiques (données non présentées).

Le tableau 4 montre les estimations de la fiabilité pour les autres questions du module sur les facteurs de stress chez l'enfant. En se fondant sur les statistiques kappa, les estimations de la fiabilité étaient élevées pour les questions sur le divorce et les problèmes d'alcool et de drogue des parents, et faibles pour

les questions portant sur le père ou la mère sans emploi qui voulait travailler, une expérience effrayante, et le départ obligatoire de la maison après avoir fait quelque chose de mal.

Les associations entre les modèles de réponse à la question sur les mauvais traitements physiques et les problèmes de santé reconnus pour être liés aux mauvais traitements physiques durant l'enfance sont présentées au tableau 5. Dans tous les cas, les participants à l'enquête ayant fourni des réponses non uniformes affichaient une cote plus élevée exprimant le risque de déclarer des problèmes de santé que ceux qui ont uniformément nié avoir subi des mauvais traitements physiques. Comparativement aux personnes qui ont uniformément répondu « oui », celles qui ont répondu « non » dans deux cycles et « oui » dans un cycle affichaient des cotes un peu plus faibles exprimant le risque de déclarer des problèmes de santé.

Discussion

La présente étude, qui est fondée sur trois cycles de données recueillies entre 1994-1995 et 2008-2009 dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population, indique que 91 % des participants à l'enquête ont fourni des réponses uniformes concernant les mauvais traitements physiques durant l'enfance d'un cycle à l'autre de l'enquête; très peu ont refusé de répondre ou ont répondu « ne sais pas ».

La fiabilité, mesurée par la statistique kappa de Cohen, était « forte » pour l'intervalle de 2 ans entre les cycles 7 et 8 et « modérée » pour les intervalles de 12 et 14 ans par rapport au cycle 1. Comparativement aux participants à l'enquête qui ont uniformément nié avoir subi des mauvais traitements durant l'enfance, ceux ayant uniformément répondu oui et ceux ayant fourni des réponses non uniformes à cette question affichaient des cotes plus élevées exprimant le risque de déclarer une dépression, un état de santé autoévalué passable ou mauvais, une incapacité, la migraine et une maladie cardiaque.

Les pourcentages déclarant avoir subi des mauvais traitements physiques durant l'enfance étaient similaires dans chaque cycle, soit 8 %, alors que le pourcentage ayant déclaré des mauvais traitements physiques dans au moins un cycle s'établissait à 11 %. Une enquête transversale menée auprès de la population canadienne en 2012[1] a donné une estimation beaucoup plus élevée de la prévalence des mauvais traitements physiques durant l'enfance fondée sur des déclarations rétrospectives (26 %). Celle-ci est similaire aux estimations tirées d'une enquête de 1990 menée en Ontario[25]. Le terme « proche » dans la question de l'ENSP peut avoir donné lieu à l'exclusion d'incidents où l'auteur des mauvais traitements était un enseignant ou une autre personne dont le participant à l'enquête ne se sentait pas « proche ». Ce terme exclurait aussi les agressions physiques commises par des étrangers. Par ailleurs, contrairement à l'ENSP, les autres enquêtes comportaient une série de questions sur des événements précis. Les estimations de l'ENSP correspondent davantage à celles des enquêtes de 2012 et de 1990, qui sont fondées sur des questions qui évoquent des mauvais traitements graves (par l'emploi d'expressions comme « donner un coup de pied », « frapper du poing », « étrangler » ou « brûler »). Une étude fondée sur les données provenant de deux vastes enquêtes américaines menées au niveau de la collectivité en 1997 et 2003 a déterminé que 8 % des participants se considéraient comme une « victime de mauvais traitements physiques », tandis que 16 % ont déclaré au moins un incident de mauvais traitements en fonction d'un comportement[9].

Généralement, les questions rétrospectives à éléments multiples qui mettent l'accent sur un événement lié à un comportement précis produisent des estimations de la prévalence plus élevées et dont la validité est plus grande que la question très large de l'ENSP[6-9,26,27], laquelle exige du participant qu'il interprète à sa façon le terme « mauvais traitements physiques », pour ensuite décider si ses expériences passées en constituent des exemples. La question de l'ENSP sur le divorce des parents (un événement précis), par exemple, avait une fiabilité plus grande que la question plus subjective suivante : « Est-ce que votre père ou votre mère n'a pas eu d'emploi pour une longue durée alors qu'il ou elle voulait travailler? », qui a produit des estimations kappa plus faibles.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Les déclarations rétrospectives sur les mauvais traitements physiques subis durant l'enfance comportent une erreur de mesure marquée et un taux important de faux négatifs.
- Les fausses déclarations positives sur les mauvais traitements physiques subis durant l'enfance sont rares.
- Les questions rétrospectives qui mettent l'accent sur les mauvais traitements liés à un comportement ont une plus grande validité et sont plus fiables que les questions générales comportant des réponses subjectives.

Ce qu'apporte l'étude

- Selon les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population, la fiabilité de la question sur les mauvais traitements physiques subis durant l'enfance s'est avérée « forte » après avoir été examinée sur un intervalle de deux ans et « modérée » dans le cas des intervalles de 12 et 14 ans.
- Il n'y avait pas de lien entre les déclarations non uniformes sur les mauvais traitements physiques subis durant l'enfance et les variables démographiques.
- Comparativement aux personnes ayant uniformément nié avoir subi des mauvais traitements physiques durant l'enfance, celles ayant uniformément répondu en avoir subis et celles dont les réponses étaient non uniformes affichaient des cotes plus élevées exprimant le risque de dépression, d'état de santé autoévalué passable ou mauvais, d'incapacité, de migraine et de maladie cardiaque.

Dans l'ENSP, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer des mauvais traitements physiques subis dans l'enfance, ce qui va à l'encontre des conclusions d'autres études canadiennes[1,25,28], même si deux de ces études ont dégagé des estimations similaires de la prévalence des mauvais traitements physiques graves chez les hommes et chez les femmes[25,28]. Une méta-analyse globale qui a fait intervenir près de 10 millions de participants a conclu qu'il n'y avait pas de différences entre les sexes dans la prévalence des mauvais traitements physiques[29]. Dans l'ENSP, la nature autodéfinie de la question et l'attribut « proche » peuvent avoir donné lieu à une estimation relativement plus faible chez les hommes.

Le rapport entre les mauvais traitements physiques durant l'enfance et la mortalité prématurée[30,31] peut avoir contribué aux estimations plus faibles pour les participants à l'enquête plus âgés.

Tout comme l'ENSP, d'autres études rétrospectives ayant mesuré les mauvais traitements physiques durant l'enfance à partir de plusieurs questions ou groupes de questions ont produit des valeurs kappa « modérées »[23,32-34]. Des valeurs kappa plus élevées (« fortes » ou s'en approchant) ont été observées dans le cas d'études fondées sur des échantillons cliniques[6] et d'études comportant des intervalles relativement courts (moins de deux ans) entre les mesures[10,11,13,14]. La valeur kappa plus élevée (0,69) pour l'intervalle de deux ans entre les cycles 7 et 8 de l'ENSP va dans ce sens.

Des études antérieures ont aussi démontré que la fiabilité des estimations des mauvais traitements physiques subis dans l'enfance n'était pas liée aux variables démographiques[11,13]. Toutefois, contrairement aux résultats de l'ENSP, McKinney et coll.[23] ont affirmé que, parmi les participants déclarant au moins un incident de mauvais traitements physiques, le faible niveau de scolarité et le plus jeune âge étaient associés à des réponses non uniformes.

Même s'il est important d'évaluer la *fiabilité* de la question de l'ENSP sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance, la *validité* (ou la mesure dans laquelle les réponses reflètent des incidents qui respectent des critères objectifs des mauvais traitements physiques) est tout aussi importante, voire davantage. Lorsque les réponses ne sont pas uniformes, comment les participants à l'enquête doivent-ils être classés?

La validité des déclarations rétrospectives des expériences durant l'enfance a été remise en question, particulièrement chez les personnes ayant des troubles de l'humeur ou d'anxiété[35-38]. Toutefois, un examen des ouvrages publiés appuie l'exactitude des premiers souvenirs, particulièrement en ce qui a trait à la maltraitance[7,10]. Il existe peu de preuves, voire aucune, de l'existence d'un lien entre l'anxiété ainsi que la dépression et les déficits ou distorsions de la mémoire à court ou à long terme[7,10]. Par ailleurs, des études de la validité ont montré que les fausses déclarations positives de mauvais traitements sont rares, tandis que les faux négatifs sont relativement courants. Dans des cas bien documentés d'adultes qui ont subi des mauvais traitements graves durant l'enfance, environ le tiers ne les a pas déclarés[7].

À la lumière de ces études, il semblerait bien avisé de classer les participants à l'ENSP dont les réponses à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance ne sont pas uniformes comme ayant subi de tels traitements. Les rapports de cotes élevés dans le cas des problèmes de santé dont on sait qu'ils sont associés aux mauvais traitements physiques chez les personnes ayant fourni des réponses non uniformes, par rapport aux personnes ayant uniformément répondu « non », vont dans le sens de cette classification. D'autres chercheurs ont noté que la prévalence estimée des mauvais traitements physiques à l'égard des enfants augmente considérablement lorsqu'on questionne les sujets plus d'une fois à cet égard. Leurs études portent à croire que les réponses négatives parmi les personnes ne répondant pas de façon uniforme peuvent être moins exactes que les réponses positives[12,23]. Étant donné que les faux positifs sont rares et que les réponses non uniformes sont relativement courantes, dans les enquêtes longitudinales comme l'ENSP, il pourrait être avantageux de poser à nouveau les questions sur les mauvais traitements subis dans l'enfance pour accroître l'exactitude des estimations.

Comparativement aux personnes qui ont uniformément répondu « oui » à la question sur les mauvais traitements, celles qui ont répondu « non » dans deux cycles et « oui » dans un cycle affichaient des cotes un peu plus faibles exprimant le risque de déclarer des problèmes de santé. D'aucuns suggèrent que les personnes qui ont subi des mauvais traitements durant l'enfance, mais qui fonctionnent bien à l'âge adulte, sont peut-être plus susceptibles d'oublier ou d'omettre de déclarer la maltraitance[7], ce qui peut expliquer leurs cotes légèrement plus favorables (bien que plus élevées que pour les personnes ayant uniformément répondu « non »). La gravité des mauvais traitements peut aussi jouer un rôle. Une personne ayant subi des mauvais traitements graves est peut-être plus susceptibles de s'en rappeler et de les déclarer uniformément; qui plus est, les associations entre la maltraitance et les problèmes de santé ont tendance à être d'autant plus fortes que les mauvais traitements sont graves[1]. Le fait de ne pas traiter les réponses non uniformes comme étant positives pourrait modifier les associations entre les mauvais traitements physiques et les résultats pour la santé si les réponses non uniformes sont représentatives de mauvais traitements moins graves.

Le mode de collecte des données peut aussi influer sur la validité des estimations des mauvais traitements physiques durant l'enfance. Selon certaines études, les interviews sur place augmentent le lien et la confiance avec les participants à l'enquête, ce qui fait augmenter la probabilité de divulgation[39-41]. D'autres études ont déterminé que les estimations fondées sur des questionnaires autoadministrés ont tendance à être plus élevées, ce qui laisse supposer que l'anonymat et l'intimité liés à ce mode de collecte de données peuvent faciliter la divulgation[26,42,43]. La majorité des interviews du cycle 1 de l'ENSP ont été menées sur place, tandis que presque toutes les inter-

views des cycles 7 et 8 ont été menées par téléphone. La similitude des estimations des mauvais traitements d'un cycle à l'autre laisse entendre que la divulgation ne dépendait pas de la méthode d'interview (sur place ou par téléphone). Toutefois, on ne sait pas dans quelle mesure les estimations seraient plus élevées si on avait utilisé des questionnaires autoadministrés.

Limites

Même si la validité de la question de l'ENSP sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance a été partiellement examinée grâce à une comparaison de l'uniformité et du manque d'uniformité dans les réponses aux questions concernant les problèmes de santé, une évaluation plus rigoureuse ferait intervenir des comparaisons avec une norme de référence, c'est-à-dire une corroboration indépendante à partir de données externes dont on sait qu'elles révèlent le respect ou non des critères reconnus des mauvais traitements physiques à l'égard des enfants, pour les expériences déclarées par les participants à l'enquête. Les résultats de la présente étude laissent supposer que les participants à l'ENSP faisant des déclarations non uniformes devraient être classés comme ayant subi des mauvais traitements physiques durant l'enfance, mais on ne sait pas dans quelle mesure cela améliorerait l'exactitude des estimations. Bien que rares, les faux positifs peuvent néanmoins se produire[7]. Par ailleurs, il est probable que certains participants à l'enquête ayant uniformément nié avoir subi des mauvais traitements puissent avoir subi des mauvais traitements. Une autre limite de l'étude est la non-réponse, tant à l'ENSP qu'à la question sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance (y compris la non-réponse attribuable à la déclaration par personne interposée).

Mot de la fin

Un des grands avantages de la présente étude est qu'elle est fondée sur un vaste échantillon représentatif de la population dans son ensemble, alors que la plupart des études de la fiabilité et de la validité ont porté sur de petits échantillons cliniques ou échantillons de convenance. L'ensemble exhaustif de questions démographiques et liées à la santé de l'ENSP a permis d'examiner la fiabilité d'une gamme de covariables, ainsi que l'uniformité ou le manque d'uniformité dans les réponses aux questions sur les mauvais traitements physiques à l'égard des enfants, par rapport à plusieurs problèmes de santé dont on sait qu'ils sont liés à ces mauvais traitements.

Même si la question de l'ENSP sur les mauvais traitements physiques durant l'enfance comporte des limites, la présente étude porte à croire qu'elle est fiable en tant qu'outil de mesure au cours du temps et que les réponses non uniformes indiquent probablement que des mauvais traitements se sont produits. La période de suivi de 16 ans rend possible l'examen des associations entre les mauvais traitements physiques durant l'enfance et la mortalité ainsi que la morbidité dans le temps. Ces données peuvent, à leur tour, servir à l'élaboration d'activités pour la prévention des mauvais traitements à l'égard des enfants et celle des maladies chroniques. ■

Remerciements

L'aide du Dr Patrick Boily, du Centre for Quantitative Analysis and Decision Support, est très appréciée, tout comme celle de Caroline Wallace, pour l'examen des ouvrages publiés.

Références

1. T.O. Afifi, H.L. MacMillan, M. Boyle *et al.*, « Child abuse and mental disorders in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 186(9), 2014, p. E324-332.
2. R.E. Norman, M. Byambaa, R. De *et al.*, « The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis », *PLoS Medicine*, 9(11), 2012, e1001349.
3. L. Tonmyr, E. Jamieson, L.S. Mery et H.L MacMillan, « The relationship between childhood adverse experiences and disability due to physical health problems in a community sample of women », *Women & Health*, 41(4), 2005, p. 23-35.
4. K.M. Scott, D.R. Smith et P.M. Ellis, « Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults », *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 2010, p. 712-719.
5. L.M. Williams, « Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1994, p. 1167-1176.
6. H.L. Fisher, T.K. Craig, P. Fearon *et al.*, « Reliability and comparability of psychosis patients' retrospective reports of childhood abuse », *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 2011, p. 546-553.
7. J. Hardt et M. Rutter, « Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence », *The Journal of Child Psychiatry*, 45(2), 2004, p. 260-273.
8. I.S. Monteiro et A. Maia, « Family childhood experiences reports in depressed patients: comparison between 2 time points », *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 2010, p. 541-547.
9. B.D. Thombs, D.P. Bernstein, R.C. Ziegelstein *et al.*, « An evaluation of screening questions for childhood abuse in 2 community samples: implications for clinical practice », *Archives of Internal Medicine*, 166(18), 2006, p. 2020-2026.
10. D.P. Bernstein, L. Fink, L. Handelsman *et al.*, « Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect », *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1994, p. 1132-1136.
11. S.R. Dube, D.F. Williamson, T. Thompson *et al.*, « Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic », *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 2004, p. 729-737.
12. D.M. Fergusson, L.I. Horwood et L.J. Woodward, « The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults », *Psychological Medicine*, 30(3), 2000, p. 529-544.
13. W.N. Friedrich, N.J. Talley, L. Panser *et al.*, « Concordance on reports of childhood abuse by adults », *Child Maltreatment*, 2(2), 1997, p. 164-171.

14. C.G. Kooiman, A.W. Ouwehand et M.M. ter Kuile, « The Sexual and Physical Abuse Questionnaire (SPAQ). A screening instrument for adults to assess past and current experiences of abuse », *Child Abuse & Neglect*, 26(9), 2002, p. 939-953.

15. I.H. Meyer, K. Muenzenmaier, J. Cancienne et E. Struening, « Reliability and validity of a measure of sexual and physical abuse histories among women with serious mental illness », *Child Abuse & Neglect*, 20(3), 1996, p. 213-219.

16. W. Hovdestad et L. Tonmyr, « Proposal of childhood maltreatment questions for inclusion on a Canadian national health survey: Notes from the process », dans *ISPCAN World Perspectives on Child Abuse*, publié sous la direction de J. Gray, Aurora, Colorado, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2010, p. 43-48.

17. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population - volet ménages - longitudinal (ENSP) Cycles 1 à 9 (1994-1995 à 2010-2011), Documentation longitudinale*, Ottawa, Statistique Canada, 2012.

18. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89.

19. J.L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42.

20. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8-19.

21. S.E. Stemler, « A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability », *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9(4), 2004, p. 1-19.

22. J.R. Landis et G.G. Koch, « The measurement of observer agreement for categorical data », *Biometrics*, 33(1), 1977, p. 159-174.

23. C.M. McKinney, T.R. Harris et R. Caetano, « Reliability of self-reported childhood physical abuse by adults and factors predictive of inconsistent reporting », *Violence and Victims*, 24(5), 2009, p. 653-668.

24. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, Survey Research Methods Section*, American Statistical Association, Baltimore, Maryland, août 1999.

25. H.L. MacMillan, J.E. Fleming, N. Trocme *et al.*, « Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement », *Journal of the American Medical Association*, 278(2), 1997, p. 131-135.

26. K. Ji, D. Finkelhor et M. Dunne, « Child sexual abuse in China: a meta-analysis of 27 studies », *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 2013, p. 613-622.

27. M. Stoltenborgh, M.H. van Ijzendoorn, E.M. Euser et M.J. Bakermans-Kranenburg, « A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world », *Child Maltreatment*, 16(2), 2011, p. 79-101.

28. H.L. MacMillan, M. Tanaka, E. Duku *et al.*, « Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: results from the Ontario Child Health Study », *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 2013, p. 14-21.

29. M. Stoltenborgh, M.J. Bakermans-Kranenburg, M.H. van Ijzendoorn et L.R. Alink, « Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence », *International Journal of Psychology*, 48(2), 2013, p. 81-94.

30. D.W. Brown, R.F. Anda, H. Tiemeier *et al.*, « Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality », *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 2009, p. 389-396.

31. V.J. Felitti, R.F. Anda, D. Nordenberg *et al.*, « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study », *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 1998, p. 245-258.

32. D.M. Fergusson, L.J. Horwood et J.M. Boden, « Structural equation modeling of repeated retrospective reports of childhood maltreatment », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20(2), 2011, p. 93-104.

33. E.C. Nelson, M.T. Lynskey, A.C. Heath *et al.*, « A family study of adult twins with and without a history of childhood abuse: stability of retrospective reports of maltreatment and associated family measures », *Twin Research and Human Genetics*, 13(2), 2010, p. 121-130.

34. L.A. Yancura et C.M. Aldwin, « Stability and change in retrospective reports of childhood experiences over a 5-year period: findings from the Davis Longitudinal Study », *Psychology and Aging*, 24(3), 2009, p. 715-721.

35. C. Gerlsma, P.M.G. Emmelkamp et W.A. Arrindell, « Anxiety, depression, and perception of early parenting: a meta-analysis », *Clinical Psychology Review*, 10(3), 1990, p. 251-277.

36. K. Kendall-Tackett et K. Becker-Blease, « The importance of retrospective findings in child maltreatment research », *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 2004, p. 723-727.

37. K.G. Raphael, C.S. Widom et G. Lange, « Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation », *Pain*, 92(1-2), 2001, p. 283-293.

38. C.S. Widom, B.L. Weiler et L.B. Cottler, « Childhood victimization and drug abuse: a comparison of prospective and retrospective findings », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 1999, p. 867-880.

39. S.S. da Silva et M.A. da Costa, « The stability of self-reported adverse experiences in childhood: a longitudinal study on obesity », *Journal of Interpersonal Violence*, 28(10), 2013, p. 1989-2004.

40. J. Martin, J. Anderson, S. Romans *et al.*, « Asking about child sexual abuse: methodological implications of a two stage survey », *Child Abuse & Neglect*, 17(3), 1993, p. 383-392.

41. S.D. Peters, G.E. Wyatt et D. Finkelhor, « Prevalence », dans *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*, publié sous la direction de D. Finkelhor, Beverly Hills, California, Sage, 1986, p. 15-59.

42. P.E. Bebbington, S. Jonas, T. Brugha *et al.*, « Child sexual abuse reported by an English national sample: characteristics and demography », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 2011, p. 255-262.

43. D.L. Dill, J.A. Chu, M.C. Grob et S.V. Eisen, « The reliability of abuse history reports: a comparison of two inquiry formats », *Comprehensive Psychiatry*, 32(2), 1991, p. 166-169.

Annexe

Tableau A

Pourcentage ayant déclaré des mauvais traitements physiques durant l'enfance dans au moins un cycle de l'Enquête nationale sur la santé de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans et plus en 1994-1995, Canada, les territoires non compris

		Intervalle de confiance à 95 %	
	%	de	à
Total	10,6	9,9	11,3
Sexe			
Hommes†	6,8	6,0	7,6
Femmes	14,2*	13,1	15,3
Groupe d'âge			
18 à 24 ans	11,1	9,6	12,6
25 à 34 ans	13,5	12,0	15,0
35 à 49 ans†	12,7	11,4	13,9
50 à 64 ans	8,2*	6,9	9,6
65 ans et plus	3,4*	2,5	4,3

† groupe de référence
* valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < 0,05$)
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2010-2011 (fichier carré de partage).